

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALFRED ROYER

NÉ LE 25 AOÛT 1894

à MONTIER-EN-DER (H^{te}-Marne)

180

Adénopathie Trachéobronchique ET Cutiréaction à la Tuberculine

Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. CHAPELOT
136, Boul. Saint-Germain (VI^e)

1922

THÈSE 180

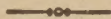
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALFRED ROYER

NÉ LE 25 AOÛT 1894

à MONTIER-EN-DER (H^e-Marne)



Adénopathie Trachéobronchique ET Cutiréaction à la Tuberculine



Président : M. MARFAN, Professeur



PARIS
IMPRIMERIE R. CHAPELOT
136, Boul. Saint-Germain (VI^e)

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER.

Professeurs : MM.-

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	RENON.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	P. MARIE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	CLERC.	GUILLEMINOT.	LEREBoullet.	RETTERER.
ALGLAVE.	DEBRÉ.	HEITZ-BOYER.	LÉRI.	RIBIERRE.
BASSET.	DESMAREST.	JOYEUX.	LÉVY-SOLAL.	RICHAUD.
BAUDOUIN.	DUVOIR.	LABBÉ (Henri).	MATHIEU.	ROUSSY.
BLANCHETIÈRE.	FISSINGER.	LAIGNEL-LAVASTINE.	METZGER.	ROUVIÈRE.
BRANCA.	GARNIER.	LANGLOIS.	MOCQUOT.	SCHWARTZ.
CAMUS.	GOUGEROT.	LARDENNOIS.	MULON.	TANON.
CHAMPY.	GRÉGOIRE.	LE LOMIER.	OKINCZYC.	TERRIEN.
CHEVASSU.	GUÉNIOT.	LEMIERRE.	PHILIBERT.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	GUILLAIN.	LEQUEUX.	RATHERY.	VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SCEURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN,
Professeur de Clinique des Maladies de la 1^{re} Enfance,
Officier de la Légion d'Honneur,
Membre de l'Académie de Médecine.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Au cours de notre passage dans le service de M. le professeur Marfan, auquel nous avons eu l'honneur d'être attaché en qualité de stagiaire, nous avons été frappé de constater que, dans un grand nombre de cas, la clinique et la radioscopie d'une part, et d'autre part la cutiréaction à la tuberculine, faite systématiquement à chaque enfant entrant dans le service, n'étaient pas toujours d'accord, en ce qui concerne les tuméfactions ganglionnaires trachéobronchiques.

Nous avons pensé que ces faits pouvaient être l'objet d'un travail, dont le but principal serait de montrer l'utilité de la cutiréaction à la tuberculine dans la pratique de la médecine infantile, chaque fois qu'un examen radiologique aurait décelé une adénopathie trachéobronchique ou médiastinale, non appréciable par l'examen clinique.

L'opinion, généralement admise, étant qu'une adénopathie trachéobronchique latente, constatée ou non par un examen radioscopique, est de nature tuberculeuse, nous nous efforcerons par de nombreuses observations de montrer le peu de fondement de cette assertion.

Après un bref exposé historique de la question, nous dirons ce qu'est la cutiréaction à la tuberculine et sa technique; les raisons pour lesquelles nous l'avons préférée à l'ophtalmoréaction et à l'intradermoréaction, et sa valeur diagnostique.

Un troisième chapitre indiquera la manière dont les examens radioscopiques ont été pratiqués.

Enfin, de nombreuses observations, prises par nous, dans le service de médecine de l'Hospice des Enfants Assistés, nous permettront de formuler différentes conclusions.

Tout notre travail a été accompli dans le service de M. le professeur Marfan; qu'il reçoive ici l'expression de notre profond respect, et de notre grande reconnaissance, pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous prodiguer et la bienveillante attention qu'il nous a toujours témoignée.

Nous remercions également M. le docteur Barret, radiographe de l'Hospice des Enfants Assistés, pour l'aide précieuse qu'il nous a fournie, en effectuant les nombreux examens radioscopiques dont nous nous sommes servi; ainsi que M. le docteur Roudinesco, assistant de puériculture, qui nous a souvent aidé de ses conseils dans l'accomplissement de notre travail.

HISTORIQUE

Lalouette est le premier qui, vers 1780, dans son traité des scrofules ait parlé de l'engorgement des ganglions thoraciques.

Rillet et Barthez, vers 1860, donnent une bonne description clinique de l'adénopathie trachéobronchique. Pour ces auteurs, la seule cause étiologique est la phtisie. Guéneau de Mussy, le premier, pense que la tuberculose n'est pas le seul facteur étiologique de ces adénopathies, et qu'elles peuvent être la conséquence de cette variété d'inflammation chronique du pharynx caractérisée par l'hypertrophie des follicules glandulaires que Chomel a décrite en 1840 chez l'adulte, sous le nom d' « angine glanduleuse ».

En 1874, Barety admet l'existence d'adénopathies trachéobronchiques non tuberculeuses, elles peuvent être d'origine congestive, inflammatoire, scrofuleuse, tuberculeuse, mélanique, cancéreuse, ou dépendantes de cette maladie que Trousseau a décrite sous le nom d'adénie.

Jules Simon admet également l'existence de ces adénopathies purement congestives, et de pronostic bénin, consécutives à la grippe, la coqueluche, ou la rougeole.

Pour Cadet de Gassicourt, seules, les dégénérescences scrofulo-tuberculeuses sont susceptibles de donner lieu aux symptômes cliniques de l'adénopathie trachéobronchique.

Dubourg montre l'existence de la syphilis comme facteur étiologique. Grancher cite le cas d'une adénopathie trachéobronchique d'origine paludéenne, et ayant rétro-cédé grâce au traitement par le sulfate de quinine.

Depuis la découverte de la cutiréaction à la tuberculine, de nombreux auteurs ont montré la coexistence d'une cutiréaction négative, avec une adénopathie trachéobronchique plus ou moins intense.

LA CUTIRÉACTION

Peu après la découverte de la tuberculine, qu'il appelait alors « Lymphé », Koch avait indiqué qu'elle pouvait être encore un moyen de diagnostic.

Landouzy écrivait en décembre 1890 : « Mettant en œuvre prudemment la nouvelle Lymphé, les médecins arriveront à affirmer certains diagnostics de tuberculose commençante, tenus en échec par l'auscultation, autant que par la bactérioscopie ».

On injectait alors la tuberculine sous la peau.

Des accidents locaux, ou de fortes réactions congestives au niveau des foyers tuberculeux existant, découragèrent les novateurs.

Il faut attendre le printemps de 1907 pour voir apparaître une nouvelle réaction, non dangereuse pour le malade, découverte par von Pirquet, et qu'en France, Vallée appelle cutiréaction.

Nous ne rappellerons pas ici les nombreuses discussions qui s'élevèrent alors, tant pour l'interprétation de la nature de la réaction, que pour celle des conclusions que l'on en pouvait déduire.

Nous avons pratiqué la cutiréaction suivant les conseils de notre maître : après avoir aseptisé sommairement, à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé d'alcool, la face externe du pied, nous faisons, à l'aide d'un vaccinostyle, deux scarifications, distantes de trois centimètres environ, en ayant soin de ne pas atteindre les couches profondes du derme pour ne pas faire saigner. Sur la scarification infé-

rieure, nous déposons une goutte de « Tuberculine brute à l'usage vétérinaire, non diluée, non filtrée, provenant des bacilles humains et bovins ». La scarification supérieure sert de témoin.

Dans les heures qui suivent le dépôt de tuberculine sur la scarification, au plus tard trente-six ou quarante-huit heures après, rarement avant douze ou quinze heures, on aperçoit une macule rosée, qui devient un peu plus tard une papule, reposant sur une base indurée, alors qu'au niveau de la scarification témoin, aucune réaction ne s'est produite.

La cutiréaction est dite positive dans ce cas.

Au lieu d'une simple papule rosée, indurée, nous avons observé parfois une réaction d'aspect urticarien : pâle au centre, avec un bourrelet violacé autour, parfois même une traînée lymphangitique remonte sur le dos du pied, puis de là sur la face interne de la jambe, un peu au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

Nous disons dans ce cas que la cutiréaction est fortement positive.

Chez des enfants atteints de tuberculose en évolution, présentant une cutiréaction positive, et se cachectisant petit à petit, ou chez des athropsiques, il nous est arrivé de voir la cutiréaction prendre un aspect tout à fait particulier : au lieu d'une papule rosée, on observe une papule livide, dont la teinte varie du jaune pâle ou verdâtre, au mauve plus ou moins foncé.

C'est la réaction cachectique.

Lorsque sur la scarification où a été déposée la tuberculine, aucune manifestation inflammatoire ne s'est produite au bout de trente-six ou quarante-huit heures, la cutiréaction est dite négative.

L'ophtalmoréaction a été la cause de nombreuses ophtalmies sérieuses et durables.

L'intradermoréaction, avec la complication et la minutie de sa technique, nécessite un titrage rigoureux de

la solution de tuberculine, une aiguille spéciale, une asepsie parfaite; elle détermine souvent des accidents au point d'inoculation, sous forme de tuméfaction douloureuse, s'étendant parfois sur tout un membre, ou encore, mais plus rarement, sous forme d'escarre.

Pour ces différentes raisons, nous avons préféré, à l'ophtalmoréaction et à l'intradermoréaction, le cutiréaction, dont la technique si simple ne nécessite aucune instrumentation spéciale, et qui ne provoque jamais d'accidents, tant locaux que généraux.

Pour certains auteurs, il est vrai, la cutiréaction serait moins sensible que l'intradermoréaction, c'est peut-être exact, mais dans la majorité des cas de la pratique journalière, elle est suffisamment sensible, et donne des résultats aussi sûrs.

La majorité des auteurs est d'accord sur la nature de la cutiréaction : elle est la manifestation allergique d'une tuberculisaison antérieure.

Une cutiréaction positive chez un sujet indique donc qu'il a été antérieurement infecté par le bacille de Koch.

M. Marfan ajoute qu'il faut, dans l'organisme, la présence d'au moins un bacille vivant pour que la cutiréaction soit positive.

Une cutiréaction négative exclut la tuberculose. Mais ici, quelques réserves sont à faire : il faut à l'individu tuberculisé un certain temps pour que son organisme fabrique les anticorps nécessaires à la production de la cutiréaction; certaines maladies aiguës enlèvent à l'organisme la faculté qu'il a de les fabriquer, de même que certaines autres exercent une action empêchante sur le développement de la cutiréaction.

Pour exclure ces causes d'erreur, il suffit de pratiquer plusieurs cutiréactions à un certain intervalle de temps, et nous pourrions dire que plusieurs cutiréactions négatives excluent la tuberculose.

Pour montrer la valeur de la cutiréaction, il nous

suffira de nous rapporter aux nombreux travaux concernant ce sujet.

Nous citerons plus volontiers : M. Comby trouvant dans six cas d'autopsie avec cutiréaction positive, cinq fois des lésions tuberculeuses manifestes, la sixième fois, une tumeur rénale de nature probablement tuberculeuse.

M^{lle} Rozenblatt, dans cinq autopsies avec cutiréaction positive, trouve quatre fois des lésions tuberculeuses.

M^{lle} Mioche, dans treize autopsies avec cutiréaction positive, trouve treize fois des lésions tuberculeuses.

Enfin, M. Marfan n'a jamais vu de cas de cutiréaction positive où l'autopsie n'ait pas montré de lésions tuberculeuses.

Nous pouvons donc affirmer qu'un individu ayant une cutiréaction positive porte en lui des lésions tuberculeuses, et que, d'autre part, plusieurs cutiréactions négatives, pratiquées à un certain intervalle de temps permettent d'éliminer la tuberculose.

L'EXAMEN RADIOSCOPIQUE

Les examens radioscopiques dont nous rendons compte, à propos de chaque observation, ont été pratiqués dans le laboratoire de radiologie de l'hospice des Enfants-Assistés, par M. le docteur Barret.

L'enfant est d'abord examiné de face, puis de dos, puis enfin en position oblique antérieure droite, ou gauche, pour la localisation des ombres scissurales ou médiastinales.

Dans la position de face, l'enfant est placé debout, la poitrine contre l'écran, les bras relevés au-dessus de la tête; l'ampoule est déplacée de façon à faire varier l'incidence des rayons, en utilisant de préférence l'incidence oblique de bas en haut, et d'arrière en avant, qui dissocie les ombres ganglionnaires de l'ombre cardiovasculaire.

Dans la position de dos, on fait faire le gros dos à l'enfant; de cette façon, les rayons directs projettent les ombres ganglionnaires au-dessus de l'ombre cardiaque.

Vues de face, à l'état normal, les plages pulmonaires ne sont pas d'une teinte homogène. De chaque côté de l'ombre cardiovasculaire, semblant partir du hile, on aperçoit des ombres rayonnantes, dont certaines semblent traverser le champ pulmonaire; ces ombres peuvent être divisées en deux groupes, les ombres hilaires et les ombres pulmonaires.

Les grosses bronches et les gros vaisseaux forment en grande partie l'ombre hilaire.

Les ombres pulmonaires sont constituées par des arborisations très fines, partant de la périphérie, et convergeant vers le hile, après s'être anastomosées entre elles. On en distingue nettement deux faisceaux : l'un supérieur, semblant venir du sommet, et constituant les traînées bronchiques supérieures, l'autre, semblant venir de la base, et constituant les traînées bronchiques inférieures.

Les ganglions, étant à l'état normal, ou pas assez denses, ou trop petits, ne peuvent donner une image nette sur l'écran, cependant qu'une radiographie instantanée permet de les voir assez nettement.

A l'état pathologique, les ombres pulmonaires peuvent être modifiées chez l'enfant. On observe fréquemment, et le plus souvent au-dessus de la base droite, un ou plusieurs petits foyers, bien limités, paraissant représenter la lésion initiale, et qui sont reliés au hile par un faisceau de traînées obscures.

A un stade plus avancé, on aperçoit une augmentation de l'ombre hilare, en dimension et en densité; on peut voir des ganglions qui sont projetés, soit sous forme d'ombres isolées, arrondies ou allongées, à contours nets ou estompés suivant que l'on a à faire à des ganglions sclérosés ou à des ganglions en activité; soit sous forme de masses de densité plus ou moins homogène, dans lesquelles on peut distinguer des ganglions de densité diverse. Autour de ces foyers, on aperçoit toujours des traînées d'ombres péribronchiques marquées. Ces ombres hilaires sont en général plus intenses à droite qu'à gauche, obscurcissant une partie du champ pulmonaire correspondant.

Plus rarement, on observe de petits ganglions, isolés en plein parenchyme pulmonaire, suspendus à des ramifications bronchiques denses.

En position oblique antérieure droite, à l'état normal, le médiastin, délimité en arrière par l'ombre du rachis,

en avant par l'ombre cardiovasculaire, présente une zone claire, nettement délimitée en bas par l'éperon bronchique. Au-dessous, une zone d'ombre va en s'estompant petit à petit, pour finalement devenir tout à fait transparente au-dessus du diaphragme.

A l'état pathologique, on peut observer, soit une augmentation de volume et de densité de la zone d'ombre rétrocardiaque, due à une tuméfaction ganglionnaire, soit de véritables ombres ganglionnaires, nettement délimitées, isolées ou non, siégeant au-dessus de l'éperon bronchique, mais le plus souvent au niveau de l'espace clair sus-diaphragmatique.

OBSERVATIONS

Cutiréactions négatives

N° 1. — Alfred R..., 1 an 4 mois, entre à l'hôpital le 7 septembre 1921, pour de la bronchite; poids 7 kg. 350; taille 0 m. 76. Pas de signes sthétoscopiques pulmonaires.

Cutiréaction négative le 13 septembre et le 17 octobre 1921.

Examen radioscopique le 15 septembre 1921 : pas d'adénopathie trachéobronchique.

N° 2. — Maurice H..., 1 an 4 mois, entre à l'hôpital le 13 novembre 1921, pour de la diarrhée; poids 7 kg. 700; taille 0 m. 73. Pas de signes sthétoscopiques pulmonaires.

Cutiréaction négative le 15 novembre et le 5 décembre 1921.

Examen radioscopique le 2 décembre 1921 : très légère ombre hilaire, à droite et à gauche.

N° 3. — Elie A..., 3 ans 10 mois, entre à l'hôpital le 30 janvier 1922, pour de l'impétigo; rachitisme; poids 12 kg. 300; taille 0 m. 83. Respiration bronchique au niveau de l'espace interscapulovertébral gauche.

Cutiréaction négative le 31 janvier et le 15 février 1922.

Examen radioscopique le 1^{er} février 1922 : ombres hilaires peu développées, médiastin libre.

N° 4. — Huguette B..., 1 an 2 mois, entre à l'hôpital le 16 février 1922, pour de l'impétigo de la face; poids 6 kg. 800; taille 0 m. 64. Pas de signes sthétoscopiques, au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 18 février 1922.

Examen radioscopique le 22 février 1922 : légère ombre hilaire à droite et à gauche peu dense et peu étendue (petits ganglions peu volumineux), médiastin libre.

N° 5. — Fernande C..., 1 an 7 mois, entre à l'hôpital le 13 mars 1921, pour de la gale et de la pyodermite généralisée; poids 8 kg. 200; taille 0 m. 75. Rachitisme léger; ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 15 mars et le 8 avril 1921.

Examen radioscopique le 17 mars 1921 : quelques ombres hilaires, surtout apparentes à gauche.

N° 6. — Louis F..., 5 ans 6 mois, entre à l'hôpital le 4 août 1921, pour de la bronchite; poids 19 kg. 250; taille 1 m. 12. Pas de signes stéthoscopiques pulmonaires.

Cutiréaction négative le 6 août et le 25 août 1921.

Examen radioscopique le 9 août 1921 : quelques petits ganglions hilaires.

N° 7. — Alice T..., 1 an 3 mois, entre à l'hôpital le 25 janvier 1922, pour de la rhinopharyngite et de l'eczéma impétigineux rétroauriculaire; poids 8 kg. 100; taille 0 m. 73. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 26 janvier et le 10 février 1922.

Examen radioscopique le 28 janvier 1922 : ombres hilaires peu développées, de densité faible, médiastin libre.

N° 8. — Suzanne T..., 1 an 2 mois, entre à l'hôpital le 15 février 1922, pour du coryza; poids 9 kg. 200; taille 0 m. 71. Ni matité, ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 17 février et le 1^{er} mars 1922.

Examen radioscopique le 20 février 1922 : pas d'ombre hilaire significative, mais petite masse visible dans le médiastin.

N° 9. — René M., 2 ans 3 mois, entre à l'hôpital le 25 juin 1921, pour un coryza unilatéral; poids 8 kg. 300; taille 0 m. 77. Pas de matité au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 27 juin et le 13 juillet 1921.

Examen radioscopique le 27 juin 1921 : adénopathie trachéo-bronchique droite.

N° 10. — Pierrette G..., 7 ans 11 mois, entre à l'hôpital le 3 avril 1921, pour de la blépharite ciliaire; poids 18 kg. 550; taille 1 m. 12. Pas de signes stéthoscopiques pulmonaires.

Cutiréaction négative le 7 avril et le 25 avril 1921.

Examen radioscopique le 7 avril 1921 : ombres hilaires latérales peu développées sans gros foyers, mais travées péribronchiques marquées; petite masse dense dans le médiastin.

N° 11. — Raymond B..., 7 ans 3 mois, entre à l'hôpital le 29 juillet 1921, pour mauvais état général et amaigrissement; poids 17 kg. 400; taille 1 m. 13. Ni matité, ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 4 août et le 26 août 1921.

Examen radioscopique le 9 septembre 1921 : adénopathie hilare bilatérale.

N° 12. — Henry R..., 2 ans 5 mois, entre à l'hôpital le 22 janvier 1922, pour une otite bilatérale; poids 8 kg. 950; taille 0 m. 76. Pas de signes sthétoscopiques pulmonaires.

Cutiréaction négative le 24 janvier, le 5 février et le 26 février 1922.

Examen radioscopique : ombre hilare droite de densité moyenne, assez étendue en hauteur, formée de petits foyers individualisés. Ombre moins étendue à gauche, présentant les mêmes caractères; médiastin libre.

N° 13. — Suzanne D..., 1 an 6 mois, entre à l'hôpital le 30 janvier 1922, pour de la bronchite; poids 9 kg. 400; taille 0 m. 71. Rachitisme léger; ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 31 janvier et le 15 février 1922.

Examen radioscopique le 4 février 1922 : ombre hilare droite assez dense et bien limitée, mais peu étendue; légère ombre hilare à gauche.

N° 14. — Roger T..., 3 ans 10 mois, entre à l'hôpital le 15 février 1922, pour du coryza; poids 14 kg. 300; taille 0 m. 87. Submatité au niveau de l'espace interscapulovertébral droit sans souffle.

Cutiréaction négative le 17 février et le 3 mars 1922.

Examen radioscopique le 20 février 1922 : ombres ganglionnaires moyennement étendues des deux côtés; travées péribronchiques très marquées à droite.

N° 15. — René P..., 1 an, entre à l'hôpital le 1^{er} mars 1922, pour de la rhinopharyngite. Rachitisme à prédominance crânienne (craniotabès); poids 7 kg. 100; taille 0 m. 67. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 4 mars 1922.

Examen radioscopique le 6 mars 1922 : ganglions hilaires modérément étendus mais assez denses, à droite et à gauche.

N° 16. — Marcel D..., 2 ans 3 mois, entre à l'hôpital le 19 janvier 1922, pour de la rhinopharyngite; poids 9 kg. 400; taille 0 m. 83. Pas de signes sthétoscopiques au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 23 janvier 1922.

Examen radioscopique le 25 janvier 1922 : ombre hilare gauche de densité moyenne, assez étendue; à droite, traînées d'ombres hilaires et péribronchiques, petits ganglions péribronchiques peu denses et peu volumineux.

N° 17. — Guy L..., 1 an 6 mois, entre à l'hôpital le 21 décembre 1921, pour une bronchopneumonie avec angine rouge bilatérale; poids 8 kg. 400; taille 0 m. 71. Matité avec souffle au niveau de l'espace interscapulovertébral droit.

Cutiréaction négative le 3 janvier, le 29 janvier et le 25 février 1922.

Examen radioscopique le 26 février 1922 : ombre hilare droite dense et marquée se prolongeant en haut et surtout en bas par des traînées obscures et denses. Ombre hilare gauche moins étendue, plus limitée mais assez dense.

N° 18. — Jules B..., 6 ans 6 mois, entre à l'hôpital le 2 juin 1921, pour une angine rouge; poids 16 kg. 200; taille 1 m. 02. Pas de signes sthétoscopiques pulmonaires.

Cutiréaction négative le 10 juin 1921.

Examen radioscopique le 17 juin 1921 : ombres hilaires denses, sans gros foyers, très ramifiées.

N° 19. — Henry S..., 1 an 7 mois, entre à l'hôpital le 9 mai 1921, pour de l'anémie; poids 8 kg.; taille 0 m. 75. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire. Polyadénopathie.

Cutiréaction négative le 10 mai et le 17 mai 1921.

Examen radioscopique le 12 mai 1921 : ombres hilaires plus étendues à droite qu'à gauche, sans gros foyers.

N° 20. — Madeleine L..., 1 an 10 mois, entre à l'hôpital le 17 octobre 1921, pour de la rhinopharyngite et de la bronchite; poids 10 kg. 500; taille 0 m. 77. Submatité au niveau de l'espace interscapulovertébral droit sans souffle.

Cutiréaction négative le 19 octobre et le 24 novembre 1921.

Examen radioscopique le 26 octobre 1921 : ombres hilaires d'étendue moyenne, mais de densité élevée; à droite, travées péribronchiques ramifiées vers la base. Ombre hilare légère à gauche; médiastin libre.

N° 21. — Raymond P..., 1 an 6 mois, entre à l'hôpital le 22 janvier 1922, pour de la rhinopharyngite; poids 9 kg. 600; taille 0 m. 77. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 24 janvier et le 10 février 1922.

Examen radioscopique le 26 janvier 1922 : très légère ombre hilare à gauche; ombre hilare droite de densité élevée, mais d'étendue modérée; petite masse d'ombre dans le médiastin, partie moyenne.

N° 22. — Georges S..., 1 an 11 mois, entre à l'hôpital le 15 février 1922, pour de la diarrhée; poids 9 kg. 200; taille 0 m. 77. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 17 février et le 3 mars 1922.

Examen radioscopique le 19 février 1922 : foyers assez denses et volumineux au niveau et au-dessous des hiles droit et gauche; médiastin libre.

N° 23. — Suzanne H..., 1 an 11 mois, entre à l'hôpital le 27 février 1922, pour de la bronchite; poids 7 kg. 600; taille 0 m. 76. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 28 février et le 17 mars 1922.

Examen radioscopique le 3 mars 1922 : ombres ganglionnaires moyennement développées, assez denses des deux côtés de l'ombre cardioaortique, se prolongeant à droite par un petit foyer ponctiforme au niveau de la base.

N° 24. — Rolande L..., 2 ans, entre à l'hôpital le 22 janvier 1922, pour de la bronchite; poids 9 kg. 200; taille 0 m. 75. Submatité au niveau de l'espace interscapulaire sans souffle.

Cutiréaction négative le 8 février et le 1^{er} mars 1922.

Examen radioscopique le 12 février 1922 : masse d'ombre assez étendue, à bords plans au niveau des deux hiles, plus étendue à droite qu'à gauche.

N° 25. — André D..., 1 an, entre à l'hôpital le 21 février 1922, pour du rachitisme; poids 9 kg. 150; taille 0 m. 74. Racine du nez écrasée, paleur, fontanelle largement ouverte, grosse rate. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 23 février et le 3 mars 1922.

Examen radioscopique le 27 février 1922 : masses d'ombre, étendues en hauteur à droite et à gauche, peu denses et à bords plans.

N° 26. — Emile M..., 2 ans 1 mois, entre à l'hôpital le 24 janvier 1922, pour de la bronchite; poids 9 kg. 150; taille 0 m. 79. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 26 janvier et le 13 février 1922.

Examen radioscopique le 27 janvier 1922 : ombres hilaires peu denses et d'étendue moyenne bien isolées, plus marquées à droite qu'à gauche.

N° 27. — France D..., 2 ans, entre à l'hôpital le 20 janvier 1922, pour du pympyhus de la face; poids 8 kg. 550; taille 0 m. 76. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 22 janvier et le 8 février 1922.

Examen radioscopique le 26 janvier 1922 : ombres hilaires d'étendue moyenne et de densité faible bilatérales; petit foyer dense et bien limité au-dessus de la base gauche.

N° 28. — Simonne T..., 1 an 10 mois, entre à l'hôpital le 11 janvier 1922, pour une bronchopneumonie à foyers disséminés; poids 9 kg. 100; taille 0 m. 72. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 19 janvier et le 8 février 1922.

Examen radioscopique le 26 janvier 1922 : ombre ganglionnaire d'étendue modérée, mais assez dense et bien individualisée à droite; ombre semblable, mais moins marquée à gauche.

N° 29. — Paul A..., 1 an 2 mois, entre à l'hôpital le 21 février 1922, pour de la rhinopharyngite; poids 7 kg. 700; taille 0 m. 73. Strabisme convergent congénital, polyadénopathie, léger rachitisme; submatité au niveau de l'espace interscapulo-vertébral droit avec respiration bronchique.

Cutiréaction négative le 23 février et le 13 mars 1922.

Examen radioscopique le 24 février 1922 : ombres hilaires bilatérales, plus marquées à droite : îlots distincts, de densité moyenne, de volume modéré, ombre allongée dans le médiastin.

N° 30. — Juliette T..., 1 an 5 mois, entre à l'hôpital le 17 janvier 1922, pour une angine lombaire; poids 9 kg. 450; taille 0 m. 75. Submatité au niveau de l'espace interscapulo-vertébral droit.

Cutiréaction négative le 18 janvier et le 1^{er} février 1922.

Examen radioscopique le 27 janvier 1922 : gros ganglions hilaires plus marqués à droite qu'à gauche, petite masse d'ombre dans le médiastin.

N° 31. — Robert L..., 2 ans 10 mois, entre à l'hôpital le 23 mai 1921, pour de la pyodermite généralisée; poids 9 kg. 800; taille 0 m. 83. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 25 mai, le 3 juin et le 9 juillet 1921.

Examen radioscopique le 28 juin 1921 : ombres hilaires droite et gauche, denses, et étendues en hauteur, le long de l'ombre cardiovasculaire.

N° 32. — René B..., 5 ans, entre à l'hôpital le 25 octobre 1921, pour du coryza; poids 17 kg. 200; taille 0 m. 98. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 26 octobre, le 5 novembre et le 17 novembre 1921.

Examen radioscopique le 13 novembre 1921 : ombres hilaires assez étendues, denses, avec foyers individualisés; à droite, ombre scissurale légère; masse obscure dans le médiastin.

N° 33. — Georges B..., 3 ans, entre à l'hôpital le 16 août 1921, pour une otite bilatérale; poids 11 kg. 400; taille 0 m. 86. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction négative le 19 août et le 17 octobre 1921.

Examen radioscopique le 5 novembre 1921 : légère ombre hilaire gauche; grosse masse d'ombre partant du hile droit et se prolongeant par des traînées denses jusqu'au diaphragme.

N° 34. — Geneviève B..., 2 ans 9 mois, entre à l'hôpital le 27 janvier, pour du rachitisme; poids 9 kg. 300; taille 0 m. 87. Crâne natiforme, bosses pariétales marquées, front olympien, racine du nez écrasée. Aucun signe sthétoscopique pulmonaire.

Cutiréaction négative le 28 janvier et le 17 février 1922.

Examen radioscopique le 3 février 1922 : grosse masse ganglionnaire à droite, ombres hilaires moins développées à gauche; petite masse d'ombre dans le médiastin à la partie inférieure.

N° 35. — Eugène C..., 1 an 2 mois, entre à l'hôpital le 30 novembre 1921, pour de la rhinopharyngite; poids 6 kg. 600; taille 0 m. 66. Rachitisme, craniotabès. Matité au niveau de l'espace interscapulovertébral droit sans souffle.

Cutiréaction négative le 3 décembre 1921 et le 4 janvier 1922.

Examen radioscopique le 13 janvier 1922 : grosse masse obscure à droite, à point de départ hilaire, descendant jusqu'au contact du diaphragme; légère ombre hilaire à gauche.

N° 36. — Henri M..., 2 ans 2 mois, entre à l'hôpital le 15 janvier 1922, pour de la pyodermite généralisée; poids 8 kg. 350, taille 0 m. 76. Submatité au niveau de l'espace interscapulovertébral sans souffle.

Cutiréaction négative le 17 janvier et le 4 février 1922.

Examen radioscopique le 21 février 1922 : grosse ombre ganglionnaire à droite, foyer obscur, irrégulier au-dessus de la base droite, offrant nettement, en position oblique, l'aspect d'une localisation interlobaire.

N° 37. — Charlotte G..., 3 ans 5 mois, entre à l'hôpital le 2 avril 1921, pour de la rhinopharyngite; poids 11 kg.; taille 0 m. 89. Pas de signes stéthoscopiques pulmonaires.

Cutiréaction négative le 4 avril et le 29 avril 1921.

Examen radioscopique le 5 avril 1921 : grosse masse d'ombre au niveau du hile droit, se prolongeant en bas jusqu'au contact du diaphragme, et en haut jusqu'à la clavicule; légère ombre hilaire gauche; petite masse d'ombre dans le médiastin.

N° 38. — Marcelle M..., 1 an 2 mois, entre à l'hôpital le 1^{er} juillet 1921 pour une otite bilatérale; poids 7 kg. 350; taille 0 m. 70. Matité au niveau de l'espace interscapulaire sans souffle.

Cutiréaction négative le 4 juillet et le 19 juillet 1921.

Examen radioscopique le 5 juillet 1921 : ombre hilaire obscure à droite, avec foyers volumineux et denses; à gauche, ombre hilaire moins étendue, masse dense allongée dans le médiastin.

OBSERVATIONS

Cutiréactions positives

N° 1. — Alfreda T..., 1 an, entre à l'hôpital le 3 décembre 1921, suspect de syphilis; poids 9 kg. 250; taille 0 m. 71. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 6 décembre 1921.

Examen radioscopique le 8 décembre 1921 : pas d'ombres hilaires appréciables; petite masse d'ombre juxtamédiane, à limites nettes au-dessus de la base droite.

N° 2. — Madeleine B..., 1 an 6 mois, entre à l'hôpital le 27 janvier 1922, pour une dermatite impétigineuse du cuir chevelu; poids 8 kg. 400; taille 0 m. 75. Aucun signe sthétoscopique au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 28 janvier 1922.

Examen radioscopique le 2 février 1922 : très légères ombres hilaires droite et gauche.

N° 3. — Jacqueline A..., 1 an, entre à l'hôpital le 21 décembre 1921, pour une angine diphthérique; poids 6 kg. 800; taille 0 m. 68. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 23 décembre 1921.

Examen radioscopique le 18 janvier 1922 : légères ombres hilaires droite et gauche, peu denses et peu étendues, ayant l'aspect de ganglions peu volumineux.

N° 4. — Louis S..., 3 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} décembre 1921, pour de l'hypertrophie des amygdales; poids 13 kg. 450; taille 0 m. 87. Aucun signe sthétoscopique au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 2 décembre 1921.

Examen radioscopique le 3 décembre 1921 : ombres hilaires denses, peu étendues.

N° 5. — Germaine D..., 4 ans 5 mois, entre à l'hôpital le 25 juin 1921, pour de l'asthme; poids 18 kg.; taille 0 m. 97. Pas de matité au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 28 juin 1921.

Examen radioscopique le 30 juin 1921 : traînées d'ombres hilaires peu étendues, sans gros foyers, ombres légères dans le médiastin; sommets clairs.

N° 6. — Jeanne T..., 2 ans 9 mois, entre à l'hôpital le 21 novembre 1921, pour de la diarrhée; poids 11 kg. 200; taille 0 m. 77. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 23 novembre 1921.

Examen radioscopique le 11 décembre 1921 : ombres hilaires moyennement développées, travées péribronchiques nombreuses.

N° 7. — Maurice D..., 2 ans, entre à l'hôpital le 2 mars 1922, pour une otite bilatérale; poids 9 kg. 150; taille 0 m. 77. Respiration bronchique au niveau de l'espace interscapulaire avec matité.

Cutiréaction positive le 3 mars 1922.

Examen radioscopique le 4 mars 1922 : ombres hilaires offrant l'aspect de ganglions modérément tuméfiés.

N° 8. — Jean R..., 1 an 3 mois, entre à l'hôpital le 21 avril 1921, pour un coryza diphtérique; poids 9 kg. 250; taille 0 m. 71. Matité avec souffle au niveau de l'espace interscapulovertébral droit.

Cutiréaction positive le 24 avril 1921.

Examen radioscopique le 26 avril 1921 : ombres irrégulières, ramifiées dans la région du hile à droite; nombreux petits foyers avec traînées péribronchiques à gauche. Médiastin obscur dans sa partie moyenne.

N° 9. — Henri T..., 3 ans 2 mois, entre à l'hôpital le 24 février 1921, pour une parotidite unilatérale; poids 13 kg.; taille 0 m. 78. Matité et gros souffle au niveau de l'espace interscapulovertébral droit.

Cutiréaction positive le 26 février 1921.

Examen radioscopique le 1^{er} mars 1921 : gros ganglions hilaires plus marqués à droite qu'à gauche et très denses.

N° 10. — Robert M..., 4 ans 6 mois, entre à l'hôpital le 13 décembre 1921, poids 16 kg. 300; taille 1 m. 03. Submatité au niveau de l'espace interscapulovertébral droit sans souffle.

Cutiréaction positive le 15 décembre 1921.

Examen radioscopique le 16 décembre 1921 : masse obscure au niveau du hile droit, pas très dense, mais bien limitée; petits ganglions très denses au niveau du hile gauche.

N° 11. — Marcel R..., 2 ans 5 mois, entre à l'hôpital le 27 novembre 1921, pour une gomme suppurée au niveau de l'angle de la mâchoire, à droite; poids 10 kg. 350; taille 0 m. 82. Impétigo rétroauriculaire bilatéral; pas de matité au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 28 novembre 1921.

Examen radioscopique le 6 décembre 1921 : ombres hilaires de moyenne étendue, ramifiées; plusieurs petits foyers opaques au-dessus de la base droite; médiastin libre.

N° 12. — Marcel H..., 18 mois, entre à l'hôpital le 15 avril 1921, pour de la bronchite diffuse; rachitisme léger, grosse rate; poids 9 kg. 500; taille 0 m. 80. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 19 avril 1921.

Examen radioscopique le 20 avril 1921 : ganglions hilaires plus marqués à gauche qu'à droite; foyer scissural droit; médiastin libre.

N° 13. — Simonne R..., 1 an 8 mois, entre à l'hôpital le 28 novembre 1921, pour de la diarrhée; poids 8 kg. 600; taille 0 m. 80. Rachitisme léger, crâne natiforme, ventre étalé; matité au niveau de l'espace interscapulovertébral droit.

Cutiréaction positive le 3 décembre 1921.

Examen radioscopique le 7 décembre 1921 : ombre hilaire droite marquée, se prolongeant par des trainées d'ombres jusqu'au diaphragme.

N° 14. — Lucien M..., 6 ans 2 mois, entre à l'hôpital le 22 février 1921, pour de la diarrhée; poids 8 kg. 200; taille 0 m. 84. Gros ventre tympanique. Matité au niveau de l'espace interscapulovertébral droit; apyrexie absolue.

La cutiréaction négative le 24 février, le 17 mars et le 25 avril est positive le 1^{er} juin 1921.

Examen radioscopique : gros foyer opaque région hilaire droite.

N° 15. — Antoine L..., 14 mois, entre à l'hôpital le 20 novembre 1921, pour des abcès souscutanés multiples; poids 8 kg. 500; taille 0 m. 73. Glossite exfoliatrice marginée; matité au niveau de l'espace interscapulovertébral droit avec respiration bronchique.

Cutiréaction positive le 22 novembre 1921.

Examen radioscopique le 24 novembre 1921 : ombres ganglionnaires étendues et assez denses, surtout marquées à droite.

N° 16. — Marcel B..., 7 ans, entre à l'hôpital le 28 février 1922, pour une otite bilatérale; poids 17 kg. 300; taille 1 m. 09. Submatité au niveau de l'espace interscapulovertébral gauche, avec souffle.

Cutiréaction positive le 2 mars 1922.

Examen radioscopique le 4 mars 1922 : à gauche, masse d'ombre bien limitée dense; à droite, ombre très étendue en hauteur, moins dense, mais descendant jusqu'au contact du diaphragme.

N° 17. — Sylvie L..., 2 ans 3 mois, entre à l'hôpital le 25 mars 1921, pour une vulvovaginite gonococcique; poids 11 kg. 250; taille 0 m. 77. Pas de signes sthétoscopiques au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 26 mars 1921.

Examen radioscopique le 28 mars 1921 : foyer obscur situé immédiatement au-dessus de la base gauche, en arrière et en dedans; ganglions hilaires peu denses, plus marqués à gauche qu'à droite.

N° 18. — Emile L..., 3 ans 2 mois, entre à l'hôpital le 1^{er} décembre 1921, pour une amygdalite; poids 13 kg. 250; taille 0 m. 89. Respiration bronchique au niveau de l'espace interscapulaire avec matité.

Cutiréaction positive le 4 décembre 1921.

Examen radioscopique le 12 décembre 1921 : ombres ganglionnaires assez étendues au niveau des hiles droit et gauche; masse assez dense dans le médiastin.

N° 19. — Suzanne L..., 3 ans 4 mois, entre à l'hôpital le 23 décembre 1921, pour de l'impétigo du cuir chevelu; poids 11 kg. 500; taille 0 m. 92. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 24 décembre 1921.

Examen radioscopique le 27 décembre 1921 : ombres ganglionnaires à droite, foyers bien individualisés, volumineux et denses; médiastin obscur; ombres hilaires beaucoup moins accentuées à gauche.

N° 20. —² Pauline B..., 1 an 10 mois, entre à l'hôpital le 23 janvier 1922, pour une angine lacunaire; poids 10 kg. 350; taille 0 m. 74. Matité sans souffle au niveau de l'espace interscapulovertébral droit.

Cutiréaction positive le 25 janvier 1922.

Examen radioscopique le 26 janvier 1922 : ombres ganglionnaires bilatérales, foyers étendus, assez denses, un peu plus marqués à droite qu'à gauche; ombre ganglionnaire dans le médiastin.

N° 21. — Etienne C..., 1 an 3 mois, entre à l'hôpital le 20 mai 1921, pour de l'impétigo du cuir chevelu; poids 9 kg. 250; taille 0 m. 68. Matité avec souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 22 mai 1921.

Examen radioscopique le 23 mai 1921 : ombres hilaires, avec foyers assez gros et denses des deux côtés de l'ombre cardiovasculaire; médiastin obscur.

N° 22. — Blurette M..., 4 ans 6 mois, entre à l'hôpital le 24 avril 1921, pour une angine lacunaire; poids 12 kg. 600; taille 0 m. 82. Rachitisme léger. Matité avec souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 26 avril 1921.

Examen radioscopique le 3 mai 1921 : gros foyer opaque, à gauche au niveau du hile, à contours irréguliers. Adénopathie hilare moins marquée, à droite.

N° 23. — François B..., 4 ans 4 mois, entre à l'hôpital le 16 juillet 1921, pour une adénite cervicale; poids 19 kg. 150; taille 1 m. 02. Matité au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 18 juillet 1921.

Examen radioscopique le 19 juillet 1921 : ombres hilaires obscures et assez volumineuses des deux côtés de l'ombre cardiovasculaire, et dans le médiastin.

N° 24. — Simonne V..., 2 ans 11 mois, entre à l'hôpital le 6 mars 1921, pour une otite bilatérale; poids 8 kg.; taille 0 m. 80. Matité avec souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 13 mars 1921.

Examen radioscopique le 7 juin 1921 : ombre hilare droite, dense, étendue en hauteur et se prolongeant jusqu'au diaphragme; petits ganglions hilaires à gauche, ombre volumineuse dans le médiastin.

N° 25. — Simonne B..., 3 ans 2 mois, entre à l'hôpital le 29 mai 1921, pour une otite bilatérale; poids 13 kg. 300; taille 0 m. 83. Matité avec souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 1^{er} juin 1921.

Examen radioscopique le 7 juin 1921 : grosses adénopathies hilaires, plus marquées à droite qu'à gauche; ombre scissurale à droite, médiastin obscur dans toute sa partie inférieure.

N° 26. — Paul B..., 3 ans 10 mois, entre à l'hôpital le 11 février 1922, pour une otite bilatérale; poids 12 kg. 500; taille 0 m. 92. Matité et souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction positive le 13 février 1922.

Examen radioscopique le 18 février 1922 : grosses adénopathies, denses, bilatérales, plus marquées à droite; médiastin obscur, foyer scissural droit.

N° 27. — Emile R..., 5 ans, entre à l'hôpital le 25 janvier 1922, pour de la bronchite; poids 15 kg. 450; taille 0 m. 98. Matité au niveau de l'espace interscapulaire, se prolongeant à droite par une zone de matité suspendue au-dessous de l'aisselle, sans aucun signe stéthoscopique; apyrexie absolue.

Cutiréaction positive le 27 janvier 1922.

Examen radioscopique le 28 janvier 1922 : à gauche et à droite, ombres hilaires assez développées, moyennement denses; à droite, au-dessus de la base, masse opaque, présentant à l'examen de profil une forte densité, avec limites linéaires obliques, nettes : aspect d'un foyer interlobaire ou juxta-interlobaire.

N° 28. — Edmond B..., 1 an 3 mois, entre à l'hôpital le 8 juin 1921, pour de la pyodermite généralisée; poids 5 kg. 400; taille 0 m. 66. Submatité étendue à tout l'hémithorax gauche sans aucun signe stéthoscopique; apyrexie absolue; grosse rate.

Cutiréaction positive le 9 juin 1921.

Examen radioscopique le 11 juin 1921 : obscurité diffuse occupant toute la hauteur du poumon gauche, plus marquée au niveau du hile; ombres hilaires peu marquées à droite.

OBSERVATIONS

Cutiréactions fortement positives

N° 1. — Jean L..., 5 ans 3 mois, entre à l'hôpital le 14 octobre 1921, pour une adénopathie cervicale et susclaviculaire suppurée et pour une gomme de l'avant-bras; poids 18 kg. 650; taille 1 m. 06. Réaction de Bordet-Wassermann négative. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction fortement positive le 18 octobre 1921.

Examen radioscopique le 25 octobre 1921 : légères ombres hilaires droite et gauche; petits ganglions péritrachéobronchiques.

N° 2. — Edmond V..., 1 an 3 mois, entre à l'hôpital le 24 juin 1921, pour une angine lacunaire bilatérale; poids 8 kg. 750; taille 0 m. 71. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction fortement positive le 26 juin 1921.

Examen radioscopique le 1^{er} juillet 1921 : petit foyer limité au-dessus de la base droite, sans ombres hilaires importantes.

N° 3. — Jeannine H..., 1 an 6 mois, entre à l'hôpital le 7 juin 1921 pour une otite bilatérale; poids 6 kg. 200; taille 0 m. 68. Hypothésie, polyadénopathie, rhinite vestibulaire ulcéroécroûteuse. Matité au niveau de l'espace interscapulo-vertébral gauche sans souffle.

Cutiréaction fortement positive le 10 juin 1921.

Examen radioscopique le 12 juin 1921 : grosse masse dans la région du hile gauche, petits ganglions à droite, médiastin libre.

N° 4. — Marie V..., 3 ans 7 mois, entre à l'hôpital le 17 juin 1921, pour de l'impétigo rétroauriculaire. Ni matité ni souffle au niveau de l'espace interscapulaire.

Cutiréaction fortement positive le 19 juin 1921.

Examen radioscopique le 27 juin 1921 : très petits ganglions hilaires; gros foyer scissural à droite.

N° 5. — Henri L..., 2 ans, entre à l'hôpital le 6 avril 1921, pour de la blépharite chronique; poids 8 kg.; taille 0 m. 70. Submatité au niveau de la base droite, sans modification des bruits respiratoires; apyrexie.

Cutiréaction fortement positive le 8 avril 1921.

Examen radioscopique le 11 avril 1921 : foyer opaque, au-dessous de la base droite ayant, en position oblique, l'aspect d'un foyer scissural; ganglions hilaires peu marqués à droite, plus marqués à gauche, avec trainées péribronchiques se dirigeant vers la base gauche; médiastin libre.

N° 6. — Paulette F..., 2 ans, entre à l'hôpital le 14 février 1922, pour de la rhinopharyngite; poids 8 kg. 600; taille 0 m. 79. Matité avec souffle au niveau de l'espace interscapulaire; apyrexie.

Cutiréaction fortement positive le 16 février 1922.

Examen radioscopique le 17 février 1922 : ombres hilaires droite et gauche de moyenne étendue et de moyenne densité, se prolongeant à droite par un foyer assez dense dont la limite supérieure horizontale et nette semble correspondre à l'interlobe.

N° 7. — Suzanne DE B..., 7 ans, entre à l'hôpital le 17 octobre 1921, pour de la gengivite; poids 13 kg. 150; taille 0 m. 93. Blépharite chronique, kératites phlycténulaires, dermatite rétroauriculaire, fissures labiales, doigts hippocratiques, tuberculides cutanées sur le thorax; grosse rate; apyrexie; matité étendue à tout l'hémithorax gauche; submatité au niveau de l'espace interscapulovertébral droit.

A gauche, souffle tubocaverneux avec râles muqueux à grosses bulles. A droite, respiration bronchique au niveau de l'espace interscapulovertébral (le souffle a gardé les mêmes caractères et existe encore en mars 1922).

Cutiréaction fortement positive le 18 octobre 1921.

Examen radioscopique : grosse masse obscure à contours irréguliers dans la région hilaire gauche, et descendant jusqu'au contact du diaphragme. Aucun signe radiologique de caverne pulmonaire; ombre hilaire étendue à droite; plusieurs foyers bien individualisés dans le médiastin.

Il résulte de la lecture de ces observations, que l'adénopathie trachéobronchique latente est d'une extrême fréquence, puisque, sur un total de soixante-treize enfants examinés, soixante au moins présentent une tuméfaction plus ou moins marquée des ganglions trachéobronchiques, décelée par l'examen radioscopique.

Dans bien des cas, il est vrai, l'examen clinique n'a rien soupçonné.

Devons-nous en conclure que l'examen clinique manque de signes caractéristiques, permettant d'affirmer la présence d'une adénopathie trachéobronchique plus ou moins étendue, ou devons-nous suspecter les images données par les rayons X?

Il est bien évident que, dans certains cas, avec dyspnée, cornage, toux bitonale ou coqueluchoïde, le diagnostic peut être porté avec certitude par ces seuls symptômes généraux.

Lorsqu'ils font défaut, l'examen clinique peut, dans certains cas, nous renseigner sur l'état de plus ou moins grande tuméfaction des ganglions trachéobronchiques :

La percussion au niveau du sternum révèle parfois une matité manubriale ou paramanubriale; en arrière, au niveau de l'espace interscapulaire, elle peut également révéler une matité plus ou moins marquée. Dans ces deux cas, la matité indique une tuméfaction ganglionnaire intense. Lorsque l'on ausculte le souffle trachéal au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales, il disparaît au niveau de la septième à l'état normal; au-dessous on n'entend plus que la respiration bronchique typique; s'il existe une tuméfaction ganglionnaire importante, le souffle persiste au-dessous de la septième vertèbre cervicale, et peut être encore nettement perceptible jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre dorsale.

De nombreux autres signes ont été indiqués : affaiblissement de la respiration dans tout un poumon, trans-

sonnance thoracique, pectoriloquie aphone perceptible au niveau de l'espace interscapulaire, skodisme dans l'aisselle. Ces signes ne se rencontrent en général que dans les grosses adénopathies.

Reste l'examen radioscopique pour nous renseigner, quand, pour une raison ou pour une autre, la clinique sera restée impuissante à nous montrer une adénopathie légère. Or, certaines observations nous montrent que l'examen clinique et l'examen radioscopique peuvent être en désaccord: nous venons de voir en effet que, pour certaines d'entre elles, il nous est arrivé de constater, à l'auscultation de l'espace interscapulaire, un souffle net, avec ou sans matité, alors que l'examen radioscopique ne montrait que peu ou pas de tuméfaction des ganglions hilaires. Pour M. Marfan, il s'agirait dans de tels cas de la compression d'une bronche de moyen calibre, par un ganglion trop petit, ou passé inaperçu à l'examen radioscopique.

Dans de nombreuses observations, c'est l'inverse, l'examen clinique est négatif, alors que l'examen radioscopique montre une adénopathie parfois considérable. Devons-nous en conclure que l'examen radioscopique donne des résultats erronés? Evidemment non; car bien souvent, une lésion pulmonaire, surtout si elle est centrale, et c'est le cas de nombreuses adénopathies trachéobronchiques, peut complètement échapper à la percussion et à l'auscultation alors qu'elle n'échappera pas à l'examen radioscopique.

L'adénopathie trachéobronchique étant constatée par la clinique ou par l'examen radioscopique, quelle en est la cause?

Parmi les maladies aiguës fréquentes chez l'enfant, la rougeole, la coqueluche, la bronchopneumonie, d'autres plus rares chez lui, la scarlatine, la grippe, les oreillons, la fièvre typhoïde sont susceptibles de provoquer de l'adénopathie trachéobronchique.

Parmi les maladies chroniques, la tuberculose en premier lieu, la syphilis, le rachitisme, en sont le plus souvent la cause.

La cutiréaction à la tuberculine, grâce à sa valeur diagnostique, permet, si elle est positive, d'affirmer la présence du bacille de Koch dans l'organisme, et, par ce fait, de lui imputer tout ou partie de la tuméfaction ganglionnaire.

Si elle est négative, nous pouvons affirmer que l'enfant est indemne de tuberculose et par conséquent que son adénopathie trachéobronchique n'est pas de nature tuberculeuse.

Or, il est de toute importance que le praticien soit fixé sur la nature d'une lésion; la cutiréaction à la tuberculine lui permettant d'affirmer ou d'éliminer la tuberculose, il serait à souhaiter que ce moyen d'investigation diagnostique soit employé de plus en plus dans la pratique de la médecine infantile.

Conclusions

1° A une cutiréaction négative correspond souvent une grosse adénopathie trachéobronchique. Dans ce cas, l'examen radioscopique du thorax ne montre en général ni lésion pulmonaire, ni médiastinale, ni scissurale;

2° Beaucoup d'adénopathies trachéobronchiques, durables, cliniquement appréciables, s'accompagnent d'une cutiréaction négative. Dans ce cas, également, l'examen radioscopique du thorax ne montre en général ni lésion pulmonaire, ni médiastinale, ni scissurale;

3° A une cutiréaction positive correspondent en général des ganglions trachéobronchiques plus ou moins tuméfiés. Dans ce cas l'examen radioscopique montre le plus souvent des lésions pulmonaires, scissurales, ou médiastinales concomitantes;

4° Une cutiréaction positive, et même fortement positive, est compatible avec des ombres ganglionnaires hilaires, à peine marquées, alors que l'examen radioscopique montre la coexistence d'une lésion pulmonaire, scissurale ou médiastinale.

En résumé, nous pourrions affirmer qu'une adénopathie trachéobronchique est de nature tuberculeuse chaque fois qu'une cutiréaction aura montré la présence du bacille de Koch dans l'organisme du sujet chez lequel elle aura été constatée.

Inversement, une adénopathie trachéobronchique, chez un sujet présentant une cutiréaction plusieurs fois négative, n'est pas de nature tuberculeuse.

BIBLIOGRAPHIE

- APTEKMANT. Intradermo-réaction à la tuberculine. (Thèse de Paris, 1909.)
- CALMETTE. Infection bacillaire aux différents âges de la vie. (*Presse médicale*, 1911.)
- COMBY. La cutiréaction à la tuberculine chez les enfants. (*Société médicale des hôpitaux*, 5 mai 1910.)
- DILLT. Développement de la sensibilité à la tuberculine, pendant le stade d'incubation de la tuberculose.
- GUÉNEAU DE MUSSY. Etude clinique sur l'adénopathie trachéobronchique. (*Gazette des Hôpitaux*, 1868.)
- GRANCHER. Les adénopathies trachéobronchiques. (Leçon clinique, Paris, 1887.)
- LABORDERIE. Examen radioscopique. (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, mars 1921.)
- LEMAIRE. Recherches sur la cutiréaction à la tuberculine. (Thèse de Paris, 1909.)
- MARFAN. Traité de médecine (Charcot et Bouchard).
- MARFAN. L'anaphylaxie pour le sérum et les travaux de MM. von Pirquet et Schick. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août 1905.)
- MASCRÉ. Contribution à l'étude du diagnostic étiologique de l'adénopathie trachéobronchique. (Thèse de Montpellier, 1909.)
- MIOCHE (M^{lle}). Etude sur la cutiréaction à la tuberculine dans l'enfance. (Thèse de Paris, 1919.)
- NOBÉCOURT. Les réactions cutanées à la tuberculine négatives, dans les affections de l'appareil respiratoire chez les enfants. (Leçon clinique du 17 décembre 1921.)
- OPPERT. La cutiréaction à la tuberculine. (Thèse de Paris, 1908.)
- PATTE (M^{lle}). Documents relatifs à la valeur diagnostique et pronostique de la cutiréaction à la tuberculine. (Thèse de Paris, 1909.)
- PÉHU. Les réactions locales et générales à la tuberculine chez l'enfant. (*Archives de médecine des enfants*, juillet 1912.)
- ROSENBLATT (M^{lle}). Contribution à l'étude des réactions locales à la tuberculine. (*Archives de médecine des enfants*, 1911.)
- SIMON (Jules). Diagnostic et traitement des adénopathies trachéobronchiques. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris 1895.)
- SPEDER et DUBOURG. Examen radioscopique. (*Archives d'électricité médicale, expérimentale et clinique*, 25 mai 1914.)
- VARIOT. Adénopathie trachéobronchique droite et décelée par la radioscopie, sans signes de percussion ni d'auscultation. (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, Paris 1906.)



PARIS
IMPRIMERIE CHAPELOT



